

**DOMANDA PER LA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI ASSISTENZA DIRETTA
A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' GRAVE MINORI E ADULTI E
PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI PER FAVORIRE LA SOSTITUZIONE
DEL LAVORO DI CURA DEL CAREGIVER FAMILIARE**

**FNA MISURA B2, DGR 1669/2023 e ss.mm.ii.
Ex Legge 162/98
Annualità 2024**

Progetto presentato all'Ufficio di Piano – ambito territoriale di Cinisello Balsamo

**Spazio riservato all'UdP
(n. di progetto)**

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

1. Chi presenta il progetto

| | |
|--|--|
| Denominazione del soggetto giuridico proponente | |
|--|--|

| | | | |
|----------------|----------|----------------|--|
| Codice Fiscale | | Partita IVA | |
| INDIRIZZO: | | | |
| Via | | n. | |
| C.A.P. | Località | Prov. | |
| Tel. | mail | | |

| | | | |
|--|---|-------|--|
| Cognome e nome del responsabile del servizio del soggetto giuridico proponente | | | |
| INDIRIZZO: | | | |
| Via | | n. | |
| C.A.P. | Località | Prov. | |
| Tel. | Fax | mail | |
| Tipologia del soggetto proponente | 1 <input type="checkbox"/> Ente Locale 2 <input type="checkbox"/> Cooperativa Sociale 3 <input type="checkbox"/> Associazione 4 <input type="checkbox"/> Altro (specificare) | | |
| Il soggetto proponente è iscritto (se previsto) al seguito registro/albo: | (specificare) Dalla data | | |

2. Referente tecnico del soggetto proponente:

| | | | | |
|--|--|----------|-------|--|
| Cognome e nome del referente del progetto: | | | | |
| Qualifica: | | | | |
| Indirizzo: | | | | |
| Via | | | n. | |
| C.A.P. | | Località | Prov. | |
| Tel. | | mail | Tel. | |

| | | | | |
|--|--|------|------|--|
| Cognome e nome del referente Comunale: | | | | |
| Qualifica | | | | |
| Tel. | | mail | Tel. | |

3. Tipologia d'intervento del progetto – indicare UNA SOLA tipologia

| Tipologia | Descrizione intervento | Importo massimo a progetto | Fleggare |
|-----------|---|----------------------------|----------|
| 1 | Prestazioni domiciliari di tipo tutelare/educativo | € 2.500,00 | |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Interventi di sollievo alle famiglie di persone con disabilità con un alto carico assistenziale da parte del caregiver familiare, realizzati attraverso l'accoglienza della persona presso strutture residenziali ❖ Interventi di avvicinamento alla residenzialità in prospettiva di distacco dal nucleo familiare da realizzare attraverso l'utilizzo di strutture residenziali/comunità | € 3.500,00 | |
| 3 | Interventi educativi (fuori dal domicilio), extra programmazione ordinaria (Attività ricreative socializzanti, laboratori, ...). | € 1.500,00 | |

4. Durata e avvio del progetto

| | |
|-----------------------------------|--|
| Data avvio progetto: | |
| Data conclusione progetto: | |

(si ricorda che i progetti possono avere una durata massima di 12 mesi)

5. Scheda di sintesi del beneficiario del progetto

IDENTITÀ DEL BENEFICIARIO

| | | | |
|-------------------------|--|------------------------|--|
| Cognome | | Nome | |
| Luogo di nascita | | Data di Nascita | |
| Residente a | | Indirizzo | |
| Telefono | | Email | |
| Codice Fiscale | | | |
| ISEE | <input type="checkbox"/> ISEE Socio-sanitario (adulti e anziani) fino a 25.000,00 € Data rilascio ISEE __/__/____ e Valore ISEE _____ | | |
| | <input type="checkbox"/> ISEE Ordinario (in caso di minore con disabilità) fino a 40.000,00 € Data rilascio ISEE __/__/____ e Valore ISEE _____ | | |

DESCRIZIONE SITUAZIONE SOCIO-FAMILIARE BENEFICIARIO

Nucleo familiare del beneficiario:

- Vive solo
- Vive con (possibilità di barrare più opzioni):
 - Genitore unico
 - Entrambi i genitori
 - Coniuge
 - Altro/i familiare/i adulto: _____
 - Altro/i familiare/i minore: _____
 - Altro/i non familiare/i adulto: _____
 - Altro/i non familiare/i minore: _____

Presenza di ulteriori carichi di cura nel nucleo convivente: _____

Presenza di ulteriori carichi di cura nel nucleo non convivente: _____

Rete familiare allargata /sociale

- Assente
- Presente ma non supportiva
- Presente ma solo parzialmente coinvolta nel carico di cura
- Presente e attivamente coinvolta nel carico di cura

Eventuali ulteriori elementi descrittivi, utili alla valutazione della congruenza degli obiettivi del progetto, in relazione alla situazione socio-familiare del beneficiario:

INTERVENTI ATTIVI

| Intervento attivo | Indicare con una X |
|---|--|
| Prestazioni assicurate dal Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), ore settimanali _____; | |
| Pasti a domicilio erogati dal Comune | |
| Prestazioni assicurate dall'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): Indicare la motivazione di tale attivazione e l'ente erogatore: _____ | |
| Frequenza diurna CSE Indicare il CSE frequentato: _____ | <input type="checkbox"/> part time <input type="checkbox"/> full time |
| Frequenza diurna CDD Indicare il CDD frequentato: _____ | <input type="checkbox"/> part time <input type="checkbox"/> full time |
| Assistenza educativa scolastica | |
| Assistenza educativa domiciliare | |
| Dopo di Noi. Specificare la tipologia di sostegno: _____ | |
| Pro.V.I. Specificare la tipologia di sostegno: _____ | |
| MISURA B1 | |
| MISURA B1 Voucher sociosanitario | |
| MISURA B1 Fondo caregiver | |
| MISURA B1 Servizi integrativi | |
| ALTRO: (specificare)_____ | |
| NESSUN SERVIZIO ATTIVO | |

6. Svolgimento del progetto

| | |
|----------------------|--|
| Destinatario: | |
| Sede/località | |
| Obiettivi | |

Descrizione delle attività e dei tempi del progetto (indicare sinteticamente le attività che si intendono realizzare, nonché le modalità di realizzazione):

7. In situazione di handicap grave, presenza documentazione:

- Allegare i seguenti documenti:

- Certificazione di invalidità del 100%
- Certificazione della condizione di gravità così come accertata ai sensi dell'art 3, comma 3 della Legge 104/1992
 - o Oppure
- beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge n. 18/1980 e successive modifiche/integrazioni con L. 508/1988.

8. Costo totale del progetto

| Tipologia di costo (specificare se costi di personale/costi di struttura/costi di laboratorio) | Costo unitario (quota oraria operatore, quota giornaliera, costo di laboratorio) | Giorni/ore di frequenza | Costo totale | Note di specifica |
|--|--|--------------------------------|---------------------|--------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Costo richiesto del progetto* | | | | |

*il costo del progetto non dovrà eccedere l'assegnazione massima corrispondente all'intervento richiesto.

Firma Comune di

Firma beneficiario

Firma ente gestore/terzo settore

Data,
